

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1210/2025

ATAS/794/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 octobre 2025

Chambre 6

En la cause

A _____

recourant

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Teresa SOARES et Yves MABILLARD,
juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.**
- a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1976, de nationalité italienne, entré en Suisse en 2011, célibataire, a travaillé comme indépendant dans le domaine du bâtiment depuis 2013 (A_____, en faillite le _____ 2022), et comme carreleur de juin 2022 au 30 septembre 2022 pour B_____SA.
 - b.** Il a été en arrêt de travail total dès le 28 juillet 2022.
 - c.** Le 29 décembre 2022, il a déposé une demande de prestations d'invalidité.
- B.**
- a.** La docteure C_____, spécialiste en médecine interne générale, a rendu le 17 novembre 2022 un rapport médical pour le Groupe Mutuel, assurance perte de gain attestant de diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail de gonalgie droite sur malformation vasculaire depuis le 2 août 2022 et, sans répercussion sur la capacité de travail, de cardiopathie ischémique depuis octobre 2021 et VIH depuis 2011. L'incapacité de travail était totale depuis le 2 août 2022.
 - b.** Le 18 janvier 2023, elle a rempli un rapport médical AI relevant une rupture d'anévrisme cérébral coilé en 2009 en Italie. La gonalgie droite empêchait l'activité de carreleur ; une résection chirurgicale était prévue.
 - c.** Le 12 avril 2023, le docteur D_____, spécialiste en intervention coronaires et structurelles, a attesté de douleurs thoraciques récurrentes d'origine indéterminée et de cardiopathie stable sans répercussion sur la capacité de travail.
 - d.** Le 9 mars 2023, l'assuré a été opéré par le docteur E_____ et le professeur F_____, du département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) pour une résection de masse du creux poplité du genou droit.
 - e.** Du 1^{er} au 3 juin 2023, l'assuré a séjourné à l'Hôpital de la Tour pour un diagnostic de douleur rétrosternale sur spasme coronarien.
 - f.** Le 31 mai 2023, le Dr E_____ a mentionné un diagnostic de résection hémangiome épithélioïde du creux poplité à droite et une évolution favorable.
 - g.** Le 20 juin 2023, la Dre C_____ a indiqué que la capacité de travail était nulle comme carreleur mais qu'une activité adaptée était envisageable au vu des diagnostics de gonalgies sur hémangiome épithélioïde du creux poplité à droite, d'angor vasospastique et d'insuffisance des membres inférieurs.
 - h.** Le 8 janvier 2024, la Dre C_____ a mentionné un diagnostic d'angor vasospastique instable. La capacité de travail était nulle, les spasmes coronariens pouvaient survenir selon n'importe quelle situation.
 - i.** Le 7 mars 2024, la Dre C_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'un diagnostic d'angor vasospastique depuis juin 2023, totalement incapacitant.

j. Le Dr D_____ n'a pas répondu aux questions écrites que le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) lui avait posées le 14 mars 2024.

k. Le 11 juin 2024, le SMR a estimé, suite à un entretien téléphonique avec le cardiologue traitant, que la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée (de type sédentaire, peu physique, plutôt assise), avec une évolution vers un 100% dans les deux à trois mois.

La capacité de travail retenue était nulle dès le 28 juillet 2022 et de 50% dès le 1^{er} mai 2024 dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter les efforts physiques, le port de charges lourdes, la marche prolongée, les escaliers à répétition, le travail en hauteur, la position à genoux et accroupie, l'exposition aux écarts de températures et aux intempéries, l'exposition aux fumées. Privilégier une activité de type sédentaire, avec un 100% attendu dès le 1^{er} mai 2024.

l. Le 11 juin 2024, le Dr D_____ a écrit au SMR que l'assuré présentait un angor vasospastique et une maladie coronarienne chronique. Il avait des douleurs thoraciques environ un jour sur deux. La capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée (sans stress, non physique et sédentaire) durant quelques mois, puis progressivement de 100%.

m. Le 5 août 2024, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 63,47% sur la base d'un revenu sans invalidité de CHF 73'442.- et d'un revenu d'invalidité de CHF 26'831.- (selon l'ESS 2020 TA1, homme, total, niveau 1 pour 41,7 heures de travail par semaine, indexé à l'année 2024, à un taux de 50%, avec une déduction de 20%). Dès le 1^{er} août 2024, le degré d'invalidité était de 17,8%, compte tenu d'une exigibilité de 100%.

n. Par projet de décision du 30 août 2024, l'OAI a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 100% dès le 28 juillet 2023 et une rente d'invalidité de 64% d'une rente entière du 1^{er} août 2024 au 31 octobre 2024.

o. Le 30 septembre 2024, l'assuré, représenté par ASSUAS, a contesté le projet de décision précité en faisant valoir une incapacité de gain totale. Il était suivi par un psychiatre qui allait communiquer un rapport.

p. Par décision du 28 janvier 2025, l'OAI a informé l'assuré qu'il confirmait son projet de décision.

C. a. Le 25 mars 2025, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 juillet 2024 et « à une rente d'invalidité de 50% au-delà du 31 octobre 2024 » (sic). Il a transmis :

- Un rapport du docteur G_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 5 mars 2025 selon lequel il suivait l'assuré depuis le 14 novembre 2024, le

diagnostic était celui de trouble de déficit d'attention avec hyperactivité permettant une activité adaptée.

- Un rapport du Dr D_____ du 16 décembre 2024, attestant d'une capacité de travail de 50%, durant quelques mois, puis de 100% si bonne évolution. Il était d'accord avec l'avis du SMR sous réserve d'une bonne évolution au niveau symptomatique pour une activité de type sédentaire.

b. Le 5 mai 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours, en relevant que le Dr D_____ était d'accord les conclusions du SMR et que le Dr G_____ n'attestait d'aucune incapacité de travail.

c. Le 27 mai 2025, le recourant a répliqué, en indiquant qu'il ne voyait pas quelle activité était possible sans pouvoir faire d'effort physique, se concentrer, marcher plus de 150 mètres sans s'arrêter ou rester debout. Il pensait pouvoir se réadapter dans une activité à 50% maximum.

Il a communiqué un rapport de la Dre C_____ du 22 mai 2025 selon lequel le recourant présentait une infection VIH contrôlée et des comorbidités cardiovasculaires sévères, avec un antécédent de rupture d'anévrisme cérébral coilé en 2009 en Italie, une hypertension artérielle HTA traitée par quadrithérapie, un angor vasospastique sur IVA, une cardiopathie ischémique avec stent actif sur ostium IVA proximale posé en octobre 2021, une insuffisance artérielle des membres inférieurs de stade IIa, sans ischémie critique, à prédominance droite, sur artériopathie fémorale (occlusion courte de l'a. fémorale superficielle distale droite et subocclusion de l'a fémorale superficielle distale gauche) et un antécédent de résection hémangiome épithélioïde du creux poplité à droite en mars 2023. Une activité adaptée était possible, avec une reprise progressive.

d. Le 12 juin 2025, le SMR a indiqué que le rapport de la Dre C_____ n'apportait pas d'élément objectif nouveau.

e. Le 17 juin 2025, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité.

f. Le 25 août 2025, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

g. Le 29 août 2025, le recourant a indiqué qu'il sollicitait une orientation professionnelle.

h. Le 23 septembre 2025, l'OAI a répondu qu'eu égard au caractère relativement anodin des limitations fonctionnelles, le recourant pouvait exercer une activité adaptée à ses problèmes de santé sans mesure d'orientation professionnelle. Par ailleurs, l'aptitude subjective à la réadaptation était douteuse.

i. Le 6 octobre 2025, le recourant a indiqué qu'il était motivé par effectuer une orientation professionnelle car il ne parvenait pas à identifier seul une activité compatible avec ses atteintes, exempte de caractère répétitif. Il a persisté dans les conclusions de son recours, notamment dans les mesures d'orientation et mesures

professionnelles. Il a communiqué des certificats d'arrêt de travail à un taux de 100% du 29 août 2022 au 19 septembre 2025, signés par la Dre C_____, ainsi que des arrêts de travail attestés par les HUG en 2022 et en 2023.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.2).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2.

2.1 L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références).

Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et les références).

2.2 S'agissant de l'objet du litige, le recourant a conclu, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et à des mesures professionnelles. Lors de l'audience du 25 août 2025, le recourant a précisé qu'il cherchait plutôt une mesure de réinsertion professionnelle et, dans sa dernière écriture du 6 octobre 2025, il a persisté dans les conclusions de son recours « notamment dans les mesures d'orientation et mesures professionnelles ».

Au vu de ce qui précède, l'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité entière au-delà du 31 juillet 2024, voire de 64% d'une rente

entière d'invalidité au-delà du 31 octobre 2024, ainsi qu'à l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

2.3 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, le litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité du recourant, dont il n'est pas contesté que le droit est né postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3.

3.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

3.2 A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{ter} n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1^{bis} LAI).

3.3 Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit

l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).

3.4 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

3.5 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

3.5.1 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise

médicale (art. 44 LPGGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

3.5.2 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

3.5.3 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

3.6 D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente

lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

3.6.1 Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1^{bis} LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation présuppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et les références), sans qu'il soit nécessaire de recourir à la procédure préalable de mise en demeure prévue par l'art. 21 al. 4 LPGA (arrêts du Tribunal fédéral 8C_480/2018 du 26 novembre 2018 consid. 7.3 et les références ; 9C_59/2017 du 21 juin 2017 consid. 3.3 et les références), une telle procédure préalable n'étant requise que si une mesure de réadaptation a été commencée et qu'il est question de l'interrompre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_783/2015 du 7 avril 2016 consid. 4.8.2 et les références). L'absence de capacité subjective de l'assuré doit toutefois être établie au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2015 du 6 septembre 2016 consid. 5.3 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite,

puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

3.6.2 Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, n^{os} 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

3.7 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

4.

4.1 En l'occurrence, le recourant conteste tout d'abord avoir recouvré une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} mai 2024 et de 100% dès le 1^{er} août 2024, comme retenu par l'intimé, en faisant valoir les avis de ses médecins traitants, soit

ceux du Dr G_____ du 5 mars 2025, du Dr D_____ du 16 décembre 2024 et de la Dre C_____ du 22 mai 2025.

Or, les avis des médecins traitants précités ne permettent pas de douter de l'appréciation de la capacité de travail du recourant effectuée par l'intimé, ce d'autant que celle-ci a été évaluée en se fondant sur l'avis du cardiologue traitant et que les autres médecins ne contestent pas l'exigibilité d'une activité adaptée.

En effet, la Dre C_____ confirme une capacité de travail dans une activité adaptée (avis du 22 mai 2025), étant relevé que les arrêts de travail qu'elle a ensuite signés jusqu'en septembre 2025 sont de simples certificats médicaux, non motivés, qui ne permettent pas de mettre en doute son appréciation antérieure.

Quant au Dr D_____, il a indiqué une capacité de travail dans une activité adaptée de 50% durant quelques mois, puis de 100%, appréciation suivie par l'intimé.

Enfin, le Dr G_____ a confirmé l'exigibilité d'une capacité de travail dans une activité adaptée.

Au vu de ce qui précède, l'appréciation de l'intimé quant à une capacité de travail du recourant, recouvrée à un taux de 50% dès le 1^{er} mai 2024, puis de 100% dès le 1^{er} août 2024 n'est pas critiquable.

4.2 Le recourant requiert ensuite une mesure d'orientation professionnelle.

L'intimé a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les efforts physiques, le port de charges lourdes, la marche prolongée, les escaliers à répétition, le travail en hauteur, la position à genoux et accroupie, l'exposition aux écarts de températures et aux intempéries, l'exposition aux fumées et privilégier une activité de type sédentaire.

Or, comme relevé par l'intimé, les limitations fonctionnelles précitées ne sont pas si importantes et nombreuses qu'elles empêcheraient le recourant de trouver, par lui-même, une activité, à un taux de 100%, dans le marché ordinaire de l'emploi, étant relevé que l'activité adaptée doit être de préférence sédentaire mais que les limitations fonctionnelles n'excluent pas une activité répétitive.

Enfin comme relevé par l'intimé, l'aptitude subjective du recourant à la réadaptation est douteuse, dès lors qu'il a déclaré qu'il n'était pas apte à travailler à 100%, mais au mieux à 50% (PV de l'audience de comparution personnelle des parties du 25 août 2025).

Partant, le refus d'octroyer une mesure d'orientation professionnelle n'est pas critiquable.

5. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté.

Il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le